

hình dạng có độ đặc hiệu trong chẩn đoán ác tính lần lượt là 99,7%, 84,9% và 91% tương tự với báo cáo các tác giả[1][4][7][8].

Có mối tương quan chặt chẽ giữa phân loại TI-RADS theo ACR- 2017 và kết quả tế bào học. Số điểm trong phân loại TI-RADS càng cao nguy cơ ác tính càng cao. Trong nghiên cứu của chúng tôi, các nhân có số điểm > 11 điểm đều có kết quả tế bào học là ác tính. Các tác giả trong và ngoài nước cũng cho kết quả gần tương tự[2][4][7][9].

Trong nghiên cứu của chúng tôi nhóm có kích thước $\leq 5\text{mm}$ và nhóm có kích thước $> 25\text{mm}$ số lượng và tỷ lệ % nhân ác tính gần tương tự nhau. Các tác giả nghiên cứu tại Việt Nam và trên thế giới đều cho thấy nhóm có kích thước lớn nhất trong mẫu nghiên cứu không có tỷ lệ ác tính cao nhất[1][7][10]. Kích thước nhân giáp không liên quan đến kết quả tế bào học. Không có sự khác biệt tỉ lệ ác tính giữa nhóm có kích thước theo khuyến cáo và nhỏ hơn khuyến cáo của ACR TIRAD 2017. Các nghiên cứu khác cũng cho thấy các nhân được xếp nguy cơ ác tính cao, có hạch cổ hoặc gia đình có tiền căn ung thư tuyến giáp, dù kích thước nhỏ hơn 5mm vẫn cần thực hiện FNA để chẩn đoán sớm.

V. KẾT LUẬN

Siêu âm tuyến giáp mô tả đầy đủ đặc điểm của nhân và xếp loại TI-RADS theo ACR- 2017. Nhân kích thước nhỏ hơn khuyến cáo, nguy cơ ác tính cao nên thực hiện FNA

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Nguyễn Thị Phương Loan.** Khảo sát đặc điểm hình ảnh nhân giáp trên siêu âm đối chiếu với hình thái tế bào học. Luận văn Thạc sĩ y học. Đại học Y dược TP Hồ Chí Minh; 2011.

2. **Middleton WD, Teefey SA, Reading CC, et al.** Multiinstitutional analysis of thyroid nodule risk stratification using the American College of Radiology Thyroid Imaging Reporting and Data System. *American Journal of Roentgenology.* 2017;208(6):1331-1341.
3. **Tessler FN, Middleton WD, Grant EG, et al.** ACR Thyroid Imaging, Reporting and Data System (TI-RADS): White Paper of the ACR TI-RADS Committee. *Journal of the American College of Radiology.* 2017/05/01/ 2017;14(5):587-595. doi:https://doi.org/10.1016/j.jacr.2017.01.046
4. **Shen Y, Liu M, He J, et al.** Comparison of Different Risk-Stratification Systems for the Diagnosis of Benign and Malignant Thyroid Nodules. *Front Oncol.* 2019;9:378. doi:10.3389/fonc.2019.00378
5. **Moon W-J, Jung S, Lee JH, et al.** Benign and Malignant Thyroid Nodules: US Differentiation—Multicenter Retrospective Study 1. *Radiology.* 07/01 2008;247:762-70. doi:10.1148/radiol.2473070944
6. **Châu Thị Hiền Trang, Nguyễn Thanh Thảo, Hoàng Minh Lợi.** Nghiên cứu ứng dụng phân loại Tirads trong chẩn đoán tổn thương dạng nốt tuyến giáp trên siêu âm. *Tạp chí Điện quang & Y học hạt nhân Việt Nam.* 2015;(21):17-22.
7. **Trần Ngọc Thủy Tiên và cộng sự.** Khảo sát sự tương quan giữa phân độ ACR TI- RADS và mô bệnh học trong đánh giá tổn thương nhân giáp. *Luận văn thạc sĩ Y học. Đại học y Dược Tp. Hồ Chí Minh;* 2021.
8. **Trần Thị Lý, Lê Thị My, Nguyễn Thị Thu Thảo, Phạm Minh Thông.** Giá trị của thang điểm EU-TIRADS 2017 và ACR-TIRADS 2017 trong đánh giá nhân tuyến giáp. *Tạp chí Điện quang & Y học hạt nhân Việt Nam.* 2020;(39):48-53.
9. **Hoang JK, Langer JE, Middleton WD, et al.** Managing incidental thyroid nodules detected on imaging: white paper of the ACR Incidental Thyroid Findings Committee. *Journal of the American College of Radiology.* 2015;12(2):143-150.
10. **Kamran SC, Marqusee E, Kim MI, et al.** Thyroid nodule size and prediction of cancer. *The Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism.* 2013;98(2):564-570.

PHẪU THUẬT CỐ ĐỊNH XƯƠNG SƯỜN ĐIỀU TRỊ MẢNG SƯỜN DI ĐỘNG DO CHẤN THƯƠNG NGỰC KÍN

Phạm Thanh Việt¹, Nguyễn Viết Đăng Quang¹, Châu Phú Thi¹

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Phẫu thuật cố định xương sườn trong điều trị mảng sườn di động do chấn thương ngực kín đã được báo cáo nhiều nơi trên thế giới. Tại Việt Nam cũng đã có những tổng kết về phẫu thuật cố

định xương sườn nói chung, nhưng vẫn còn ít tài liệu tập trung vào kết quả phẫu thuật của bệnh lý gãy xương sườn do chấn thương có mảng sườn di động. **Phương pháp:** Hồi cứu mô tả 40 bệnh nhân chấn thương ngực kín có mảng sườn di động được phẫu thuật cố định xương sườn gãy bằng nẹp titan và bắt vít tại khoa ngoại lồng ngực bệnh viện Chợ Rẫy từ tháng 01 năm 2018 đến tháng 02 năm 2022. **Kết quả:** Đa phần bệnh nhân gãy xương sườn do chấn thương có giới tính là nam, chiếm tỉ lệ là . Độ tuổi trung bình là $49,8 \pm 11,3$ tuổi. Điểm ISS trung bình của bệnh nhân là $23,4 \pm 5,8$, được xếp vào mức độ đa chấn thương nặng. Trên chụp cắt lớp điện toán lồng

**Bệnh viện Chợ Rẫy*

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Viết Đăng Quang

Email: drquang.choray@yahoo.com

Ngày nhận bài: 9.2.2023

Ngày phản biện khoa học: 11.4.2023

Ngày duyệt bài: 20.4.2023

ngực có dạng hình xương sườn, tổng số xương sườn gãy là 400 xương sườn; số lượng xương sườn gãy trung bình là 10 xương sườn. Ghi nhận 92,5 % bệnh nhân được cố định xương sườn chỉ ở vùng màng sườn di động. Tỷ lệ số ổ gãy xương sườn được cố định/ số vị trí di lệch trên một thân xương là: 135/200 (67,5%). Tổng số ổ gãy được cố định trên các xương sườn 4,5,6,7 là 118, chiếm đến 87,4%. Đa số bệnh nhân được phẫu thuật cố định xương sườn sử dụng 3 hoặc 4 nẹp kim loại, chiếm 82,5%. 13 bệnh nhân phải nằm phòng hồi sức tích cực sau mổ, chiếm tỉ lệ 32,5%. Thời gian dẫn lưu màng phổi trung bình là $3,6 \pm 2,1$ ngày. Biến chứng viêm phổi sau phẫu thuật chiếm tỉ lệ là 15,0%. Không ghi nhận trường hợp nào bị nhiễm trùng vết mổ, nhiễm trùng khoang màng phổi hay di lệch nẹp kim loại. Ghi nhận 01 TH tử vong do đa chấn thương. Số vị trí di lệch hơn một thân xương ghi nhận được trên Chụp cắt lớp điện toán lồng ngực và số nẹp xương sườn sử dụng tương quan thuận khá chặt chẽ với nhau, $r=0,829$ ($p<0,01$). **Kết luận:** Phẫu thuật cố định xương sườn trong điều trị màng sườn di động do chấn thương ngực kín cho thấy an toàn và hiệu quả cao. CLVT ngực có vai trò chẩn đoán, định hướng cho lựa chọn vị trí xương gãy cần cố định.

Từ khoá: gãy nhiều xương sườn; màng sườn di động, chấn thương ngực kín.

SUMMARY

RIB FIXATION SURGERY IN FLAIT CHEST DUE TO BLUNT CHEST TRAUMA

Background: Rib fixation surgery in the treatment of flait chest due to blunt chest trauma has been reported in many parts of the world. In Vietnam, there are also reviews on rib fixation surgery in general, but there are still few documents focusing on surgical results of traumatic rib fracture with flait chest. **Methods:** A retrospective description of 40 closed chest trauma patients with flait chest who underwent surgery to fix broken ribs with titanium plates and screws at the Thoracic Surgery Department of Cho Ray Hospital from January 2018 to February, year 2022. **Results:** The majority of patients with traumatic rib fractures are male, accounting for 75%. The mean age was 49.8 ± 11.3 years old. The patient's mean ISS score was 23.4 ± 5.8 , which was classified as multiple major trauma. On chest CT scan with rib reconstruction, the total number of broken ribs is 400. The ratio of the number of fixed rib fractures to the number of displaced sites per body bone is: 135/200 (67.5%). The total number of fractures fixed on ribs number 4,5,6,7th is 118, accounting for 87.4%. Most patients underwent surgery to fix the ribs using 3 or 4 plates, accounting for 82.5%. 13 patients had to stay in the intensive care unit after surgery, accounting for 32.5%. The mean time of pleural drainage was 3.6 ± 2.1 days. Complications of pneumonia after surgery accounted for 15.0%. There were no cases of surgical wound infection, pleural cavity infection or metal splint displacement. Recorded 01 case died due to multiple trauma. The number of displaced positions of more than one bone body recorded on chest Ct scan and the number of rib plating used were positively

correlated with each other, $r=0.829$ ($p<0.01$). **Conclusion:** Rib fixation surgery in the treatment of flait chest due to blunt chest trauma showed safety and high efficiency. Chest CT scan has a diagnostic role, guiding the selection of fracture locations to be fixed.

Keywords: Multi-rib fractures; flait chest, blunt chest trauma

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Màng sườn di động bao gồm gãy nhiều hơn 3 xương sườn kèm một trong các tiêu chuẩn: các xương sườn nằm hai bên lồng ngực, các xương nằm cùng bên nếu gãy nhiều điểm trên một xương sườn hoặc có đi kèm gãy xương ức. Đây là một thể bệnh rất nặng của chấn thương ngực kín, gây suy hô hấp nặng và cấp tính [1]. Biện pháp “cố định ngoài” bao gồm các can thiệp phẫu thuật để cố định màng sườn vào thành ngực (nẹp, vis, đóng đinh, kẹp ghim ...), hay khâu treo căng màng sườn ra ngoài – hạn chế di động ngược chiều khi hô hấp [2] [4]. Tại Việt Nam cũng đã có những tổng kết về phẫu thuật cố định xương sườn nói chung, nhưng vẫn còn ít tài liệu tập trung vào kết quả phẫu thuật của bệnh lý gãy xương sườn do chấn thương có MSDĐ. Việc nghiên cứu đánh giá kết quả sớm điều trị phẫu thuật cố định xương sườn bằng nẹp kim loại trong gãy xương sườn do chấn thương có màng sườn di động (GXSDCTCMSĐĐ) và đánh giá vai trò của chụp cắt lớp điện toán lồng ngực có dựng hình khung sườn trong việc chẩn đoán là cần thiết để đưa ra được một tổng kết tương đối đầy đủ, nhằm đạt được hiệu quả cao hơn, giúp hạ được tỉ lệ biến chứng sớm. Chính vì vậy chúng tôi tiến hành nghiên cứu này nhằm đánh giá hiệu quả của phẫu thuật cố định xương sườn điều trị màng sườn di động do chấn thương ngực kín tại khoa Ngoại Lồng Ngực Bệnh viện Chợ Rẫy.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Bao gồm 40 bệnh nhân gãy xương sườn do chấn thương có màng sườn di động được phẫu thuật cố định xương sử dụng nẹp kim loại tại khoa ngoại Lồng Ngực bệnh viện Chợ Rẫy từ tháng 01 năm 2018 đến tháng 02 năm 2022.

Chỉ định phẫu thuật: BN có màng sườn di động nhìn thấy trên lâm sàng, có/không thở máy hỗ trợ.

Loại trừ các BN đã được phẫu thuật cố định màng sườn di động tại bệnh viện tuyến trước như khâu treo khung sườn, phẫu thuật cố định bằng chỉ thép... BN có chấn thương sọ não nặng GCS < 8 điểm, BN có chấn thương cơ quan khác cần can thiệp cấp cứu khẩn: vỡ gan, vỡ lách...

Tất cả BN đều được chụp CLVT ngực dựng hình khung xương sườn để chẩn đoán vị trí, số

lượng, mức độ di lệch và biến dạng lồng ngực, kèm theo chẩn đoán các tổn thương khác trong lồng ngực. BN được thăm khám toàn thân, đánh giá tổn thương các cơ quan khác phối hợp và tính thang điểm ISS.

Quy trình phẫu thuật: Bệnh nhân được gây mê nội khí quản.

Tư thế bệnh nhân Tùy thuộc vào vị trí xương gãy, số lượng xương sườn gãy cần phục hồi.

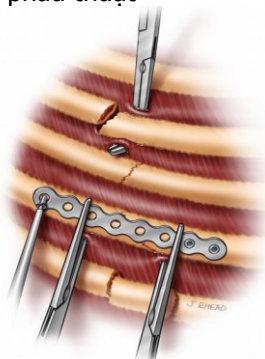
Đường rạch da + kích thước rạch da

Đường mở ngực bên: đường rạch da này đủ rộng để phẫu thuật viên có thể tiếp cận được 3 xương sườn và cung trước bên và cung sườn sau một cách dễ dàng.

Đối với trường hợp gãy nhiều > 4 xương sườn và nằm ở cung sau bên, đường rạch da dọc theo đường nách sau hay đường giữa lưng.

Đối với các xương sườn gãy 1-5 nằm ở cung sau bên, đường rạch da nách sau hoặc bờ trong của xương vai, kết hợp với bật xương vai lên để tiếp cận ổ gãy.

Dụng cụ phẫu thuật



Hình 1. Nẹp vít titan cho xương sườn

Dụng cụ sử dụng gồm các dụng cụ phẫu thuật cơ bản: Dao mổ, nhíp mổ, dao điện, Kelly, Farabeuf, nẹp, vít, khoan tay, tua-vít,...Nẹp được sử dụng là loại nẹp khóa 8 lỗ hoặc 6 lỗ và vít 3,5mm. Trong phẫu thuật, sử dụng nẹp titanium vít trực tiếp vào ổ gãy

Đánh giá kết quả phẫu thuật

- o Thời gian dẫn lưu màng phổi, Thời gian nằm viện sau phẫu thuật

- o Thời gian thở máy, nằm hồi sức tích cực sau phẫu thuật.

- o Mức độ sử dụng thuốc giảm đau sau phẫu thuật: Theo phân loại sử dụng thuốc giảm đau của tổ chức y tế thế giới với 03 mức độ

- o Các biến chứng: Suy hô hấp ; Nhiễm trùng: nhiễm trùng vết mổ, nhiễm trùng khoang màng phổi, viêm phổi; Di lệch nẹp; Tràn khí màng phổi kéo dài; Tràn máu màng phổi

- Tử vong. Các số liệu thu thập được sẽ được

phân tích và xử lý bằng phần mềm SPSS 22.0.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Trong thời gian từ tháng 01 năm 2018 đến tháng 02 năm 2022, nhóm nghiên cứu thu nhận được 40 BN có mảng sườn di động được phẫu thuật cố định xương sườn. Đa phần bệnh nhân gãy xương sườn do chấn thương có giới tính là nam, chiếm tỉ lệ là 75%. Tỉ lệ nam/nữ là 3/1. Độ tuổi trung bình là 49,8 ± 11,3 tuổi. Nhóm bệnh nhân chấn thương do tai nạn giao thông ghi nhận ở 31 bệnh nhân, chiếm tỉ lệ cao nhất (77,5%). Điểm ISS trung bình của bệnh nhân là 23,4 ± 5,8, được xếp vào mức độ đa chấn thương nặng.

Bảng 1: Đặc điểm lâm sàng nhóm nghiên cứu

	Số BN (n=40)	Tỉ lệ
Giới tính: Nam	30	75
Nữ	10	25
Tuổi (năm)	49,8 ± 11,3 tuổi (lớn nhất 67 tuổi; nhỏ nhất 29 tuổi)	
Cơ chế chấn thương		
Tai nạn giao thông	31	77,5
Tai nạn sinh hoạt	5	12,5
Tai nạn lao động	4	10
Chấn thương kèm theo		
Chấn thương đầu mặt	15	37,5
Chấn thương bụng	15	37,5
Chấn thương khung chậu	2	5
Chấn thương chi	25	62,5
Chấn thương cột sống	13	32,5
Thang điểm ISS	23,4 ± 5,8 (cao nhất 34; thấp nhất 16)	

Bảng 2: Đặc điểm mảng sườn di động

	Số BN (n=40)	Tỉ lệ
Đặc điểm gãy xương sườn trên CLVT		
Tổng số xương sườn gãy	400	-
Số xương sườn gãy trung bình	10 ± 3,7 (5 - 20)	-
Số vị trí di lệch > 1 thân xương	5,0 ± 1,5	-
Gãy xương ức	6	15
Tổn thương phổi đi kèm		
Tràn dịch màng phổi	40	100
Tràn khí màng phổi	28	70
Đập phổi	34	85
Tràn khí dưới da	22	55
Bên lồng ngực tổn thương		
Bên phải	11	27,5
Bên trái	17	42,5
Hai bên	12	30,0
Vị trí xương sườn gãy có mảng sườn di động		

Xương sườn 1-4	25	62,5
Xương sườn 5-8	40	100
Xương sườn 9-12	9	22,5
Vị trí mảng sườn di động		
Mảng sườn trước	19	47,5
Mảng sườn bên	20	50,0
Mảng sườn sau	1	2,5
Xử trí lúc nhập viện		
Dẫn lưu màng phổi	17	42,5
Hỗ trợ thở máy	11	27,5

Trên CLVT lồng ngực có dựng hình xương sườn, tổng số xương sườn gãy là 400 xương sườn; Số lượng xương sườn gãy trung bình là 10 xương sườn. Số vị trí di lệch nhiều hơn một thân xương được ghi nhận trung bình là $5,0 \pm 1,5$ vị trí. Tình trạng dập phổi chiếm tỉ lệ 85%. Ghi nhận 50% bệnh nhân có mảng sườn di động thành bên, chiếm. Có 11 bệnh nhân (chiếm tỉ lệ 27,5%) cần phải hỗ trợ thở máy vì suy hô hấp.

Bảng 3: Đặc điểm phẫu thuật điều trị mảng sườn di động

	Số BN (n=40)	Tỉ lệ
Bên lồng ngực được phẫu thuật		
Một bên	36	95,0
Hai bên	4	5,0
Lựa chọn xương sườn cố định		
Chỉ MSDĐ	35	92,5
MSDĐ + 1 xương sườn gãy	4	10,0
MSDĐ + 2 xương sườn gãy	1	2,5
Thời gian phẫu thuật (phút)	$136 \pm 34,7$ (cao nhất 200 phút ; thấp nhất 50 phút)	
Lượng máu mất (ml)	$119,3 \pm 55,9$	
Số ổ gãy cố định (n=400)	135	33,75
Xương sườn 2	3	
Xương sườn 3	10	
Xương sườn 4	25	
Xương sườn 5	41	
Xương sườn 6	29	
Xương sườn 7	23	
Xương sườn 8	4	
Vị trí cung sườn		
Cung trước	41	30,3
Cung bên	77	57,1
Cung sau	17	12,6
Số nẹp được sử dụng trên mỗi bệnh nhân		
2 nẹp xương sườn	5	12,5
3 nẹp xương sườn	17	42,5
4 nẹp xương sườn	16	40,0
5 nẹp xương sườn	2	5,0

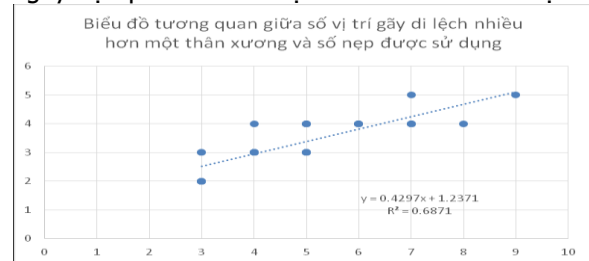
Phẫu thuật ở một bên lồng ngực, ghi nhận trong 36 trường hợp, chiếm tỉ lệ 90%. Ghi nhận 92,5 % bệnh nhân được cố định xương sườn chỉ

ở vùng mảng sườn di động. Vị trí xương sườn được lựa chọn phẫu thuật chủ yếu là xương sườn 4, 5, 6, 7. Tỉ lệ số ổ gãy xương sườn được cố định/ số vị trí di lệch trên một thân xương là: 135/200 (67,5%). Tổng số ổ gãy được cố định trên các xương sườn 4,5,6,7 là 118, chiếm đến 87,4%. Đa số bệnh nhân được phẫu thuật cố định xương sườn sử dụng 3 hoặc 4 nẹp kim loại, chiếm 82,5%.

Bảng 4: Kết quả phẫu thuật cố định mảng sườn di động

	Số BN (n=40)	Tỉ lệ
Năm hồi sức sau mổ		
Có	13	32,5
Không	27	67,5
Thời gian nằm hồi sức (ngày)	$8,3 \pm 9,25$ (cao nhất 29 ngày; thấp nhất 1 ngày)	
Thời gian dẫn lưu màng phổi (ngày)	$3,6 \pm 2,1$ (Cao nhất : 10 ngày; thấp nhất 2 ngày)	
Thời gian nằm viện sau mổ	$9,9 \pm 8,3$ (cao nhất 36 ngày; thấp nhất 3 ngày)	
Mức sử dụng giảm đau		
Mức 1	7	17,5
Mức 2	26	65
Mức 3	7	17,5
Biến chứng sau mổ		
Viêm phổi	6	15,0
Suy hô hấp	3	7,5
Tràn khí màng phổi kéo dài	2	5,0
Tràn máu màng phổi kéo dài	2	5,0
Tử vong	1	2,5

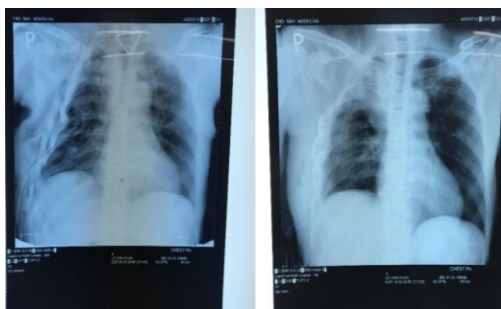
13 bệnh nhân phải nằm phòng hồi sức tích cực sau mổ, chiếm tỉ lệ 32,5%. Thời gian dẫn lưu màng phổi trung bình là $3,6 \pm 2,1$ ngày. Viêm phổi sau phẫu thuật là 6, chiếm tỉ lệ là 15,0%.. Không ghi nhận trường hợp nào bị nhiễm trùng vết mổ, nhiễm trùng khoang màng phổi hay di lệch nẹp kim loại. Ghi nhận 01 TH tử vong do đa chấn thương, viêm phổi, nhiễm trùng huyết biến chứng suy đa cơ quan, bệnh nhân tử vong vào ngày hậu phẫu thứ 17 tại khoa Hồi sức tích cực.



Biểu đồ 1: Mối liên hệ vị trí gãy di lệch và

số nẹp sử dụng

Trong nghiên cứu của chúng tôi, số vị trí di lệch hơn một thân xương ghi nhận được trên Chụp cắt lớp điện toán lồng ngực và số nẹp xương sườn sử dụng tương quan thuận khá chặt chẽ với nhau, $r=0,829$ ($p<0,01$).



Hình 2. Tình trạng biến dạng thành ngực trước phẫu thuật (bên trái) và sau phẫu thuật (bên phải)

IV. BÀN LUẬN

Vai trò của CLVT trong màng sườn di động. Hình ảnh CLVT có độ chính xác cao, góp phần quan trọng cho chẩn đoán, chỉ định và lựa chọn vị trí nẹp xương sườn. Theo tác giả Beal [2] hồi cứu 35 bệnh nhân, ông cũng ghi nhận có sự khác biệt trong chẩn đoán số lượng xương sườn gãy giữa X quang ngực thẳng và CT scan ngực có dựng hình xương sườn, số lượng xương sườn gãy trung bình ghi nhận ở X quang ngực thẳng là 4,6 (1 – 12) trong khi số lượng xương sườn gãy ghi nhận ở CT scan ngực là 8,5 (2 – 19). Nghiên cứu của Pulley kết luận rằng CT scan ngực cản quang có dựng hình xương sườn là công cụ quan trọng để lên kế hoạch trước phẫu thuật. Tác giả Chapagain [3], tiền cứu trên 129 bệnh nhân, ông cũng ghi nhận so với CT scan ngực thì X quang ngực thẳng chỉ ghi nhận gãy xương sườn trong 62% trường hợp. Tác giả M. Traub [5] hồi cứu 141 trường hợp cũng ghi nhận CT scan ngực hiệu quả hơn X quang ngực thẳng trong chẩn đoán gãy xương sườn. Trong nghiên cứu của chúng tôi, số vị trí di lệch hơn một thân xương ghi nhận được trên Chụp cắt lớp điện toán lồng ngực và số nẹp xương sườn sử dụng tương quan thuận khá chặt chẽ với nhau, $r=0,829$ ($p<0,01$). Như vậy, việc chẩn đoán vấn đề xương sườn gãy chính xác và đầy đủ hơn trên Chụp cắt lớp điện toán lồng ngực có tương quan chặt chẽ với số lượng nẹp xương sườn được sử dụng.

Lựa chọn vị trí và số lượng xương sườn cố định. Qua nghiên cứu, chúng tôi nhận thấy không cần thiết phải nẹp tất cả các ổ gãy trong màng sườn di động. Trong nhóm nghiên cứu, có tổng cộng 135 ổ gãy được phẫu thuật cố định. Vị

trí xương sườn được lựa chọn phẫu thuật chủ yếu là xương sườn 4, 5, 6, 7. Tác giả Marasco [6] cũng ghi nhận tương tự rằng cố định xương sườn 1 bên trong những trường hợp màng sườn di động không làm ảnh hưởng đến sự biến dạng thành ngực và di lệch xương sườn, và ông cho rằng trong phẫu thuật cố định xương sườn thì xương sườn di lệch được ưu tiên phẫu thuật trước tiên và xương sườn không di lệch thì thường không cần phải cố định. Tác giả Nirula [7] cũng cho rằng phẫu thuật viên không cần phải cố định hết tất cả các xương sườn gãy, bởi vì việc cố định những xương sườn được lựa chọn có thể làm ổn định những vị trí xương sườn ở nằm giữa chúng. Việc lựa chọn số xương sườn cần cố định là khác nhau trên từng trường hợp cụ thể, dựa vào các yếu tố: độ vững của thành ngực, vị trí xương gãy, mức độ di lệch của ổ gãy, giới hạn bóc tách giải phẫu trong mổ.

Đánh giá kết quả sớm. Tác giả Lardinois [8] nghiên cứu trên 66 bệnh nhân gãy xương sườn do chấn thương có MSDĐ được phẫu thuật, ghi nhận thời gian thở máy sau mổ trung bình là 2,1 ngày (0,5-26), thời gian nằm khoa hồi sức tích cực sau mổ là 6,8 ngày (1-48), thời gian nằm viện sau mổ trung bình là 14,6 ngày (5-57 ngày). Thời gian nằm khoa hồi sức tích cực cũng như thời gian nằm viện sau phẫu thuật trong nghiên cứu của chúng tôi là tương đương hoặc thấp hơn khi so sánh với kết quả của đa số các tác giả khác. Nghiên cứu của chúng tôi ghi nhận 1 trường hợp tử vong sau mổ vì tình trạng đa chấn thương, viêm phổi, nhiễm trùng huyết biến chứng suy đa cơ quan. Mouton [4] hồi cứu 23 trường hợp phẫu thuật cố định xương sườn từ năm 1990 đến 1996, ghi nhận 2 trường hợp tử vong (chiếm tỉ lệ 8,7%). Như vậy, kết quả nghiên cứu chúng tôi cho thấy việc cố định màng sườn di động có hiệu quả điều trị, tỉ lệ tử vong thấp.

V. KẾT LUẬN

Phẫu thuật cố định xương sườn trong điều trị màng sườn di động do chấn thương ngực kín cho thấy an toàn và hiệu quả cao. Việc lựa chọn số xương sườn cần cố định là khác nhau trên từng trường hợp cụ thể, dựa vào các yếu tố: độ vững của thành ngực, vị trí xương gãy, mức độ di lệch của ổ gãy, giới hạn bóc tách giải phẫu trong mổ. CLVT ngực có vai trò chẩn đoán, định hướng cho lựa chọn vị trí xương gãy cần cố định.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Nguyễn Hữu Ước và cộng sự (2011). Nghiên cứu xây dựng chỉ định và qui trình kỹ thuật khâu treo màng sườn kéo liên tục trong chấn thương,

- vết thương lồng ngực. Nghiên cứu ứng dụng một số kỹ thuật tiên tiến trong điều trị chấn thương, vết thương lồng ngực. 6-8.
2. **Beal SL, Oreskovich MR (1985)**, "Long-term disability associated with flail chest injury. ", Am J Surg. 150, p. 324-326.
 3. **Chapagain D, et al (2014)**, "Diagnostic modalities x-ray and CT chest differ in the management of thoracic injury", Journal of College of Medical Sciences-Nepal. 10(1), p. 22-31.
 4. **Mouton W, Lardinois D, Furrer M, et al (1997)**, "Long term follow-up of patients with operative stabilization of a flail chest. ", J Thorac Cardiovasc Surg. 45, p. 242-244.
 5. **Matthias Traub, et al (2007)**, "The use of chest computed tomography versus chest X-ray in patients with major blunt trauma", Injury, Int. J. Care Injured. 38, p. 43-47.
 6. **Marasco S, Liew S, Edwards E, Varma D, Summerhayes R (2014)**, "Analysis of bone healing in flail chest injury: do we need to fix both fractures per rib?", J Trauma Acute Care Surg. 77(3), p. 452-458.
 7. **Nirula R, Diaz JJ Jr, Trunkey DD, et al (2009)**, " Rib fracture repair: indications, technical issues, and future directions.", World J Surg. 33, p. 14-22.
 8. **Lardinois D, Krueger T, Dusmet M, et al (2001)**, "Pulmonary function testing after operative stabilization of the chest wall for flail chest.", Eur J Cardiothorac Surg. 20, p. 496-501.

PHẪU THUẬT ĐIỀU TRỊ CHẤN THƯƠNG ĐỘNG MẠCH KHOEO TẠI BỆNH VIỆN HỮU NGHỊ VIỆT ĐỨC GIAI ĐOẠN 2017 – 2019

Vũ Ngọc Tú¹, Trần Trung Kiên², Phùng Duy Hồng Sơn³

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá các đặc điểm chẩn đoán lâm sàng, cận lâm sàng và kết quả sớm phẫu thuật điều trị chấn thương động mạch khoeo tại Bệnh viện Việt Đức giai đoạn 2017 – 2019. **Đối tượng – Phương pháp:** Nghiên cứu mô tả hồi cứu các bệnh nhân chấn thương động mạch khoeo, có đầy đủ hồ sơ bệnh án, được phẫu thuật tái thông mạch máu từ tháng 1/2017 đến tháng 12/2019 tại Bệnh viện Việt Đức. **Kết quả:** Nghiên cứu có 147 trường hợp với tuổi trung bình 32,5±12,5. 100% mạch ngoại vi yếu hoặc mất. Gãy xương, trật khớp vùng gối chiếm 91,8%. Siêu âm mạch chi dưới bất thường trong tất cả các trường hợp, trong khi chụp MSCT chỉ được chỉ định cho 14 bệnh nhân. Đụng dập động mạch khoeo là tổn thương hay gặp nhất (81,6%); phục hồi lưu thông mạch chủ yếu là ghép bằng tĩnh mạch hiển đảo chiều (57,1%). Xương gãy, khớp trật được cố định trước phục hồi lưu thông mạch máu. Mở cân có giá trị đánh giá mức độ nặng của chi và làm giảm tổn thương thiếu máu chi trong thời gian chờ phẫu thuật. Nhiễm trùng, hoại tử cơ là biến chứng hay gặp nhất sau phẫu thuật chấn thương động mạch khoeo (42,2%). 7 bệnh nhân (4,8%) phải cắt cụt chi thì hai do hoại tử cơ, nhiễm trùng, tắc mạch. **Kết luận:** Chấn thương động mạch khoeo cần được chẩn đoán và xử trí cấp cứu kịp thời. Cố định xương khớp chắc chắn, phẫu thuật tái thông mạch máu sớm bằng tĩnh mạch tự thân phối hợp mở cân cẳng chân khi có chỉ định là những yếu tố then

chốt giúp giảm tỉ lệ cắt cụt chi và các biến chứng nặng nề khác.

SUMMARY

SURGICAL TREATMENT FOR BLUNT POLIPTERAL TRAUMA IN VIETDUC HOSPITAL IN PERIOD OF 2017 – 2019

Objectives: Evaluate clinical and paraclinical characteristics and early results of surgery for polipteral artery injury at Viet Duc Hospital in the period of 2017 – 2019. **Methods:** The study retrospectively described patients with polipteral artery injury, with full medical records, undergoing revascularization surgery from 1/2017 to 12/2019 at Viet Duc Hospital. **Results:** The total number of patients in the study was 147. The median age was 32.5±12.5. 100% have signs of weak or lost peripheral pulse. Bone fractures, dislocation of the knee area accounted for 91.8%. Doppler of the lower extremity was abnormal in all cases, while MSCT scan was indicated for only 14 patients. Arterial constution was the most common lesion (81.6%); vascular revascularization surgery was mainly reversible intravenous grafting (57.1%). The fractured bones and dislocated knee joint were fixed before restoring vascular circulation. A fasciotomy procedure was performed for assessing the severity of the limb and reducing limb ischemia during the waiting period for surgery. Infection and muscle necrosis were the most common complications after surgery (42.2%). 7 patients (4.8%) had amputations, two dues to muscle necrosis, infection, and embolism. **Conclusion:** Blunt polipteral artery injury needs to be diagnosed and treated promptly. Fixation of the bones and knee joint, early revascularization surgery with autologous veins combined with fasciotomy procedure when indicated are key factors in reducing amputation rates and other severe complications.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Chấn thương động mạch khoeo kèm tổn

¹Trường Đại học Y Hà Nội

²Bệnh viện Thanh Nhàn

³Bệnh viện Việt Đức

Chịu trách nhiệm chính: Vũ Ngọc Tú

Email: vungoctu.hmu@gmail.com

Ngày nhận bài: 9.2.2023

Ngày phản biên khoa học: 10.4.2023

Ngày duyệt bài: 21.4.2023